



AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 11 FRENTANO

ECAD COMUNE DI LANCIANO- CAPOFILA

Comuni di:

· CASTEL FRENTANO · FOSSACESIA · FRISA · MOZZAGROGNA ·
ROCCA SAN GIOVANNI · SANTA MARIA IMBARO · SAN VITO CHIETINO · TREGLIO

– PROVINCIA DI CHIETI –

PERCORSO DI PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA PER LA STESURA DEL PIANO SOCIALE DISTRETTUALE
2023/2025

AL COORDINATORE DEL UFFICIO DI PIANO

ECAD COMUNE DI LANCIANO

ADS 11 FRENTANO

MODELLO MANIFESTAZIONE INTERESSE ALLA PARTECIPAZIONE AL PERCORSO DI PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA PER LA STESURA DEL PIANO SOCIALE DISTRETTUALE 2023/2025

all. A

Il/La sottoscritto/a _____ nato il _____ a _____

C.F. _____ residente a _____

in via _____ -nella qualità

di rappresentante dell'organizzazione (denominazione/ragione

sociale) _____ con sede legale/operativa in _____ alla

via _____ P.Iva/C.F. _____

tel _____ email _____

con attività svolta (descrizione sintetica) _____

Visto l'avviso pubblico per l'avvio del percorso di programmazione partecipata per la stesura del nuovo
Piano sociale distrettuale 2023/2025

DICHIARA

Di essere interessato a partecipare al percorso di programmazione partecipata per la stesura del PIANO
SOCIALE DISTRETTUALE 2022-2024;

Di aver preso visione del testo integrale dell'avviso pubblico per l'avvio del percorso di programmazione partecipata per la stesura del Piano sociale distrettuale 2023-2025;

di essere disponibile a fornire, in sede consultiva, ogni contributo utile alla realizzazione del redigendo Piano Sociale Distrettuale 2023-2025

che i dati forniti sono rispondenti al vero, secondo quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000

di autorizzare, ai fini della presente procedura, il trattamento dei dati personali forniti ai sensi del regolamento UE 679/2016 G.D.P.R.

CHIEDE

Di partecipare al/ai seguente/i tavolo/i tematico/i:

barrare casella che interessa	Area tematica	Nominativo di chi partecipa	n. telefonico/ cellulare	Email
☐	Welfare d'accesso-inclusione sociale e contrasto delle povertà	Cognome _____ Nome _____		
☐	Famiglie e minori-giovani-pari opportunità e conciliazione vita lavoro- contrasto alla violenza	Cognome _____ Nome _____		
☐	Disabilità e non autosufficienza-invecchiamento attivo	Cognome _____ Nome _____		

Allega documento di riconoscimento in corso di validità.

Data_____

FIRMA LEGGIBILE_____